

چالش‌های برون‌سپاری ارائه خدمات سلامت به بخش خصوصی از دیدگاه کارکنان دانشگاه علوم پزشکی مشهد

وحید رانی^۱، فرزانه دوستی^۲، عبدالله ریحانی یساولی^۳

چکیده

زمینه و هدف: یکی از راهبردهای ساختاربندی مجدد در نظام سلامت مشارکت بخش خصوصی و تکیه بر بازار است. عدم توجه به موانع و چالش‌های برون‌سپاری خدمات سلامت به بخش خصوصی ممکن است به شکست طرح منجر شود و صدمات جبران‌ناپذیری بر بدنه نظام سلامت وارد آورد. این مطالعه با هدف شناسایی چالش‌های برون‌سپاری خدمات سلامت به بخش خصوصی نگاشته شده است.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع کیفی با رویکرد تحلیل محتوا است که به صورت مقطعی در نیمه دوم سال ۱۳۹۵ انجام گرفت. نمونه‌گیری به صورت هدف مند بوده و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. نمونه پژوهش شامل ۱۶ نفر از صاحب‌نظران در حوزه برون‌سپاری و مدیران و کارشناسان بهبود کیفیت بیمارستان بودند. جمع‌آوری داده‌ها با مصاحبه عمیق و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل محتوا و با در نظر گرفتن معیارهای موثق بودن، معتبر بودن و قابلیت تثبیت داده‌ها انجام گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش شامل هفت چالش اصلی بود: مسائل اقتصادی (۴ زیر موضوع)، مشکلات ساختاری (۱۲ زیر موضوع)، چالش‌های نیروی انسانی (۷ زیر موضوع)، مسئولیت و پاسخ‌گویی (۴ زیر موضوع)، چالش‌های برنامه‌ریزی (۷ زیر موضوع)، کارایی (۵ زیر موضوع) و شرکت‌های خصوصی (۷ زیر موضوع).

نتیجه‌گیری: برون‌سپاری خدمات سلامت به بخش خصوصی با چالش‌های زیادی روبه‌رو است و رفع آنها می‌تواند گام بزرگی در ارتقای کیفیت خدمات سلامت باشد. مشکلات ساختاری از موضوع‌های اصلی و پردامنه مطرح شده از طرف مصاحبه‌شوندگان بود. پیشنهاد می‌شود، مدیران قبل از اجرای طرح‌های برون‌سپاری، تهمیدات لازم به منظور دوری هر چه بیشتر از این چالش‌ها را در نظر بگیرند.

کلمات کلیدی: نظام سلامت، برون‌سپاری ارائه خدمات سلامت، بخش خصوصی

امروزه مسئله‌هایی چون افزایش فشارهای رقابتی، دشواری‌های کسب‌وکار، محدودیت منابع، پیچیدگی‌های تکنولوژیک و افزایش هزینه‌ها سبب شده است تا سازمان‌ها در الگوهای مدیریتی خود تجدید نظر کنند و برای دستیابی به مزیت‌های رقابتی در دنیای کنونی کسب‌وکار به استراتژی‌های جدیدی روی آورند. یکی از این استراتژی‌ها تمرکز بر شایستگی‌های اصلی و برون‌سپاری انجام بسیاری از فعالیت‌ها به منابع خارج از سازمان است (مسعودی اصل و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۰).

سلامت یکی از مهم‌ترین رکن‌های رشد و بالندگی جوامع بشری است. سیستم سلامت هر کشوری یکی از سنگ بناهای مهم توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی آن کشور به شمار می‌آید. به همین دلیل بیشتر دولت‌ها اصلاح ساختار سلامت، بهبود و توسعه سیستم‌های سلامت را جزء اولویت‌های اصلی خود قرار می‌دهند. در دهه‌های اخیر و با ورود تکنولوژی‌های جدید، سبک زندگی افراد و به تبع آن، الگو و بار بیماری‌ها دستخوش تغییر شده است. از طرفی ورود فناوری‌های جدید و پرهزینه در عرصه سلامت و افزایش انتظارات افراد جامعه، دولت‌ها و سازمان‌ها را در ارائه خدمات سلامت برای افراد جامعه دچار چالش کرده است. این مسئله با توجه به محدودیت منابع مالی دولت‌ها و سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت دوچندان شده است (داکسن و همکاران^۱، ۱۹۹۸: ۶۶، والت و همکاران^۲، ۳۵۳: ۱۹۹۴). به همین علت، دولت‌ها توانایی لازم برای بهبود شرایط سلامت جامعه بیش از یک حد مشخص را ندارند و برای تحقق این مسئله نیازمند استفاده از الگوهای مشارکتی در ارائه خدمات سلامت هستند (خوشبو^۳، ۳۰۷: ۲۰۱۴).

در اغلب کشورها، مشارکت بخش دولتی و خصوصی در ارائه خدمات سلامت یکی از موضوع‌های روز به شمار می‌آید. بخش خصوصی شامل تمام ارائه‌کنندگان خدمات سلامت است که خارج از بخش دولتی است و هدف خیریه و یا انتفاعی دارد و در درمان و پیشگیری از بیماری‌ها فعالیت می‌کند. با شکست مکانیزم بازار در ارائه خدمات سلامت، مشارکت بخش خصوصی و دولتی یک تفکر نوین و خلاق در ارتقاء سلامت محسوب می‌شود (نیک‌نیاز و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۳۸۶). بسیاری از دولت‌ها در زمینه ارائه خدمات سلامت با محدودیت‌های شدید منابع مالی مواجه هستند و این مسئله آنها را بر آن داشته است تا هزینه‌های سلامت خود را اولویت‌بندی و محدود کنند. در سال‌های اخیر، رشد هزینه‌های سلامت در اکثر کشورها بیشتر و سریع‌تر از سایر بخش‌ها بوده است. از طرفی افزایش جمعیت سالمندان، ظهور تکنولوژی‌های پزشکی گران‌قیمت و نیز گسترش خدمات بهداشتی درمانی موجب شده است تا دولت‌ها به این نتیجه برسند که به‌تنهایی و به‌طور مستقل قادر به حل تمامی نیازهای بهداشتی درمانی افراد

1- Doeksen & et al

2- Walt & et al

3- Khusbhu

جامعه نیستند و کمک گرفتن از بخش خصوصی می‌تواند در حل این مشکلات و کاستی‌ها کمک‌کننده باشد (بار^۱، ۱۹:۲۰۰۷، بیوس و واکسمن^۲، ۷۴۸:۲۰۰۱).

مبحث مشارکت بخش خصوصی و دولتی^۳ در ارائه خدمات سلامت به مثابه یکی از روش‌های بهبود کارایی در دهه‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. از آنجایی که کیفیت خدمات ارائه شده در بخش دولتی چندان مطلوب نیست و بخش خصوصی نیز بسیار گران و پرهزینه است، مدل‌های مشارکت بخش خصوصی و دولتی در ارائه خدمات سلامت می‌تواند راه حل بینابینی در ارائه خدمات با کیفیت و کم‌هزینه مطرح باشد. این نوع مشارکت به شرطی که به درستی طراحی و اجرا شود، می‌تواند به افزایش کیفیت، کارایی، دسترسی، برابری و مسئولیت‌پذیری بیانجامد (سازمان همکاری اقتصادی و توسعه^۴، ۲۰۱۰، نصرتی و همکاران، ۱۲۸:۱۳۹۲). تعریف‌های گوناگونی برای مشارکت بخش خصوصی و دولتی ارائه شده است که ویژگی مشترک همه آنها تأکید بر همکاری، ارتباط پایا، ارائه خدمات یا محصول‌های مشترک، سهم‌بندی ریسک‌ها، هزینه‌ها و منافع است (زارعی و همکاران، ۳۸۶:۱۳۹۷). این نوع مشارکت به طور کلی بدین صورت تعریف می‌شود: «مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات و کالاهایی که به صورت سنتی توسط بخش دولتی ارائه می‌گردد.» (نصرتی و همکاران، ۱۲۸:۱۳۹۲). مشارکت بخش خصوصی و دولتی در واقع یکی از روش‌های برون‌سپاری خدمات است که در آن، ارائه خدمات و انجام فعالیت‌های بخش دولتی با مشارکت بخش عمومی و خصوصی صورت می‌پذیرد (منصور^۵، ۶۶:۲۰۰۸).

فعالیت‌های زیادی در بخش بهداشت و درمان ایران طی سال‌های گذشته با مشارکت بخش خصوصی انجام شده است. این خدمات شامل صورت پرداخت، صدور صورت حساب، منابع انسانی و بازاریابی است. سایر خدماتی که به طور معمول در بسیاری از بیمارستان‌ها با مشارکت بخش خصوصی و در قالب قراردادهای برون‌سپاری ارائه می‌شوند، شامل کافه‌تریا، تغذیه، رختشوی‌خانه، خدمات کاخ‌داری، خدمات پاراکلینیک همانند خدمات تصویربرداری (رادیولوژی، ام آر آی و غیره) هستند. مشارکت بخش خصوصی در درمان کوتاه‌مدت تحت نظارت مستقیم بیماری سل، به‌منزله یکی از مهم‌ترین رکن‌های ارائه خدمات سلامت به شمار می‌رود (فرح‌بخش و همکاران، ۱۲۱:۱۳۹۲).

در راستای اصلاح نظام سلامت، استفاده از توانایی‌های بخش خصوصی در ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی در اولویت قرار گرفته است. با توجه به محدودیت منابع، بالا بودن هزینه‌ها، پایین بودن کیفیت خدمات ارائه شده، دولت‌مردان و سیاست‌گزاران عرصه سلامت ناچار به تحول و شروع

1- Barr

2- Buse and Waxman

3- Public-Private Partnership (PPP)

4- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)

5- Mansour

اصلاحات هستند که از آن جمله می‌توان به آغاز مشارکت فعالانه بخش خصوصی در ارائه خدمات بهداشتی درمانی اولیه اشاره نمود. اگرچه گفته می‌شود که کارایی و کیفیت خدمات بهداشتی در بخش خصوصی بالاتر از بخش دولتی است، ولی به نظر می‌رسد هر کدام از این دو بخش نقاط قوت و ضعف خود را دارد (فرح‌بخش و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۲۱).

در برخی کشورها بخش خصوصی در حیطه ارائه خدمات بهداشتی و پیشگیری نیز فعالانه عمل کرده است. برای مثال، در ایالات متحده آمریکا ۵۷٪ از واکسیناسیون کودکان از سوی بخش خصوصی انجام می‌گیرد و مطالعه‌ای در داکا نیز حاکی از انجام ۶۲٪ از موارد واکسیناسیون به وسیله بخش خصوصی دارد. این در حالی است که بیش از ۹۰٪ موارد واکسیناسیون در هندوستان از سوی بخش دولتی انجام می‌گیرد. منتقدان خصوصی‌سازی شواهدی را ارائه می‌دهند که استاندارد خدمت اغلب به دلیل عدم توجه به آموزش مداوم و نیز تجهیزات ممکن است به فراموشی سپرده شود. مطالعه‌ای در آمریکا نشان داده است که تعداد کمتری از مدیران بخش سلامت با ارتقاء کیفیت خدمات در خصوصی‌سازی موافق بوده‌اند (کریمی و همکاران، ۱۳۹۰: ۷۱۷).

آکسان و همکاران^۱ در مطالعه خود نشان دادند که مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات سلامت بین سال‌های ۲۰۰۶-۲۰۰۱ روند روبه‌رشدی را در ترکیه طی کرده است. بخش خصوصی از راه سیاست‌های سخاوت‌مندانه به خرید از بخش دولتی تشویق شده است و به‌طور ویژه، رشد زیاد بخش خصوصی در بخش‌هایی با درآمد کمتر مشاهده می‌شود (آکسان و همکاران، ۱: ۱۰: ۲۰). هوج^۲ تخمین زد که صرفه‌جویی در هزینه‌ها بعد از انعقاد قرارداد با بخش خصوصی حدود ۶ تا ۱۲ درصد قبل از برون‌سپاری خواهد بود. به اعتقاد او هر گونه اصلاح و تغییری در وضعیت فعلی در آغاز با دشواری‌هایی همراه است که مدیریت صحیح می‌تواند بسیاری از آنها را رفع کند (هوج، ۲۰۰۶). بیشیم^۳ در مطالعه خود به محدوده امکان‌پذیری خصوصی‌سازی در سازمان‌های مختلف می‌پردازد. او معتقد است با وجودی که این سیاست در حوزه کوچکی در سال‌های ۱۹۷۰-۱۹۶۰ شروع شد، اما با توجه به مزایایی که به دست آورد، به سرعت به سایر حوزه‌ها کشیده شد. او اما معتقد است خصوصی‌سازی می‌تواند درست یا غلط انجام شود (بیشیم و همکاران، ۲۰۱۲).

در نظام سلامت ایران نیز از دو دهه قبل تلاش‌های بسیاری در زمینه برون‌سپاری خدمات انجام پذیرفت که بخشی از آنها در قالب مواد قانونی ۳۳ و ۸۸ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت در زمینه برون‌سپاری خدمات بوده است (وطن‌خواه و همکاران^۴، ۲۳۵: ۱۲: ۲۰). در مواد ۱۳۵، ۱۳۶،

1- Aksan & et al

2- Hodge

3- Beisheim

4- Vatankhah & et al

۱۳۸، ۱۴۴ و ۱۴۵ قانون برنامه چهارم توسعه نیز به مسأله برون سپاری خدمات اشاره شده است (مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۴).

◀ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب سال ۱۳۸۰

ماده ۳۳: به دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی بنیاد ایران‌شناسی و فرهنگستان‌ها و مرکز آموزش مدیریت دولتی و بیمارستان‌های آموزشی اجازه داده می‌شود به منظور استفاده بهینه از ساختمان‌ها و امکانات موجود خود مشروط بر آنکه به فعالیت‌ها و وظایف مستمر و جاری آنها لطمه‌ای وارد نکند و تأثیر نامطلوبی نگذارد، به صورت موقت اجاره یک‌ساله یا کمتر و قابل تمدید به اشخاص حقیقی و حقوقی به قیمت روز اجاره دهند. دستگاه‌های بالا مکلفند درآمد حاصل را به حساب درآمد اختصاصی نزد خزانه‌داری کل واریز نمایند (دیوان محاسبات کشور، ۱۳۸۴).

ماده ۸۸ (اصلاحی بیست‌وشش / هفت / هزار و سیصد و هشتاد و چهار): در اجرای وظایف اجتماعی دولت به‌ویژه تکالیف اشاره‌شده در اصول بیست‌ونهم و سی‌ام قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و به منظور منطقی نمودن حجم و اندازه دولت و کاهش تدریجی اعتبارات هزینه‌ای و بهبود ارائه خدمات به مردم و جلب مشارکت بخش غیر دولتی و توسعه اشتغال و صرف بودجه و درآمدهای عمومی با رعایت اصول سوم، بیست‌ونهم و سی‌ام قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و مصالح عامه، وزارتخانه‌ها، مؤسسات و شرکت‌های دولتی که عهده‌دار ارائه خدمات اجتماعی، فرهنگی، خدماتی و رفاهی از قبیل آموزش فنی و حرفه‌ای، آموزش عمومی، تربیت بدنی، مناطق کمتر توسعه‌یافته و دارندگان سرانه‌های ورزشی زیر میانگین کشوری، درمان، توان‌بخشی، نگهداری از سالمندان، معلولان و کودکان بی‌سرپرست، کتابخانه‌های عمومی، مراکز فرهنگی و هنری، خدمات شهری و روستایی، ایران‌گردی و جهان‌گردی است، مجازند برای توسعه کمی و کیفی خدمات خود و کاهش حجم تصدی‌های دولت بر اساس مقررات و ضوابط این ماده اقدام کنند (دیوان محاسبات کشور، ۱۳۸۴).

بخشی از ماده ۱۳۶ قانون برنامه چهارم توسعه: وظایف امور تصدی‌های اجتماعی، فرهنگی و خدماتی دولت با رعایت اصول بیست‌ونهم و سی‌ام قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران با استفاده از شیوه‌های ذیل انجام می‌شود:

◊ اعمال حمایت‌های لازم برای توسعه بخش غیردولتی مجری این وظایف.

◊ خرید خدمات از بخش غیردولتی.

◊ مشارکت با بخش غیردولتی از طریق اجاره و واگذاری امکانات و تجهیزات و منابع فیزیکی.

◊ واگذاری مدیریت بخشی از واحدهای دولتی به بخش غیردولتی در چارچوب سیاست‌های کلی برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران.

◊ ایجاد و اداره واحدهای دولتی با رویکرد هدفمند و نتیجه‌گرا (مطابق ماده ۱۴۴ این قانون) با تأیید سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور در مناطقی که هیچ‌کدام از حالت‌های اشاره‌شده بالا امکان‌پذیر نباشد (مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۴).

از این‌رو و بر اساس سیاست‌های کلی توسعه بخش‌های غیردولتی و جلوگیری از بزرگ شدن بخش دولتی، دولت حق فعالیت اقتصادی جدید خارج از موارد صدر اصل ۴۴ را ندارد و موظف است هرگونه فعالیت (شامل تداوم فعالیت‌های قبلی و بهره‌برداری از آن) را که مشمول عناوین صدر اصل ۴۴ نباشد، حداکثر تا پایان برنامه ۵ ساله چهارم (سالانه حداقل ۲۰٪ کاهش فعالیت) به بخش‌های تعاونی و خصوصی و عمومی غیردولتی واگذار کند (صادقی و شمشیری، ۱۳۸: ۱۳۹۰).

با توجه به مطالب مطرح‌شده، به نظر می‌رسد شناسایی چالش‌ها و موانع موجود در اجرای طرح‌های برون‌سپاری خدمات سلامت به بخش خصوصی یکی از پیش‌نیازهای اصلی در زمینه انجام اصلاح و ارتقای این طرح‌ها است. از این‌رو این پژوهش با هدف شناسایی چالش‌های برون‌سپاری ارائه خدمات سلامت به بخش خصوصی از دیدگاه کارکنان دانشگاه علوم پزشکی مشهد نگاشته شده است.

روش مطالعه

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی با استفاده از روش تحلیل محتوا است که چالش‌های برون‌سپاری خدمات سلامت به بخش خصوصی از دیدگاه کارکنان دانشگاه علوم پزشکی مشهد در نیمه دوم سال ۱۳۹۵ را بررسی می‌کند. مشارکت‌کنندگان شامل صاحب‌نظران در حوزه برون‌سپاری به بخش خصوصی در ستاد مرکزی دانشگاه و مدیران و مسئولان بهبود کیفیت بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد بودند. اولین شرکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری هدفمند و شرکت‌کنندگان بعدی بر اساس یافته‌های پژوهش با نمونه‌گیری نظری انتخاب شدند و نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. به گونه‌ای که در جریان کسب اطلاعات هیچ داده جدیدی به دست نیامد. تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از هر مصاحبه به‌مثابه راهنمایی برای مصاحبه بعدی بود و بدین ترتیب، نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. معیار ورود به مطالعه دارا بودن سمت تصمیم‌گیری یا اجرایی در دانشگاه، صاحب‌نظر بودن در حوزه برون‌سپاری خدمات و داشتن حداقل ده سال سابقه کار بود.

محیط پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مشهد بود و مکان‌های مصاحبه سازمان مرکزی دانشگاه، بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی تابعه این دانشگاه بود. قبل از انجام مصاحبه، هدف مطالعه و ماهیت پژوهش با افراد در میان گذاشته شد. بعد از اطمینان مصاحبه‌شوندگان در مورد رعایت محرمانگی اطلاعات و کسب رضایت آگاهانه از ایشان جهت ضبط مکالمه‌ها، سؤالات مطرح شد.

در این مطالعه، از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته به صورت فردی و یا گروهی (حداکثر ۶ نفر) برای

جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. ۵ مصاحبه به صورت فردی و ۳ مصاحبه به صورت گروهی انجام گرفت. مدت زمان مصاحبه به صورت میانگین ۵۰ دقیقه بود. هم‌زمان با انجام مصاحبه‌ها توسط یک پژوهشگر، همکار وی تمامی مصاحبه‌ها را کلمه‌به‌کلمه روی کاغذ پیاده کرد. در نهایت و پس از انجام مصاحبه با ۱۶ نفر، پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که اطلاعات جدیدی از تحلیل محتوای کیفی مصاحبه‌ها به دست نمی‌آید و به مرحله اشباع اطلاعات رسیده‌اند.

به منظور افزایش دقت و صحت در جمع‌آوری داده‌ها، مکالمه‌ها به وسیله یکی از پژوهشگران ضبط شد. مکالمه‌های ضبط‌شده توسط پژوهشگر دیگر به صورت کلمه‌به‌کلمه روی کاغذ پیاده‌سازی شد و به منظور استخراج مقوله‌های اصلی و فرعی توسط دو نفر از پژوهشگران به روش تحلیل محتوا بررسی شدند. پس از مشخص شدن مفاهیم اولیه، ۳۱۵ کد اولیه از مصاحبه‌ها استخراج شد. کدهای اولیه بعد از بررسی‌های دقیق و چندین بار بازخوانی بر اساس تشابه و تناسب در طبقه‌های اصلی دسته‌بندی شدند. این تم‌ها بر اساس مفهوم و ماهیت به صورت انتزاعی نام‌گذاری شدند و در نهایت برای هر موضوع اصلی زیرموضوع‌ها به دست آمد. در مواردی که اختلاف نظر میان پژوهشگران در زمینه طبقه‌بندی کدها وجود داشت، به نظر پژوهشگر سوم استناد شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۶ نفر از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی مشهد در مصاحبه‌ها مشارکت داشتند که مشخصات دموگرافیک آنها به تفکیک جنس، شغل، سنوات خدمت و سطح تحصیلات در جدول شماره یک آورده شده است.

متغیر	وضعیت	تعداد	درصد %
جنسیت	زن	۷	۴۴%
	مرد	۹	۵۶%
سمت	مدیر بیمارستان	۲	۱۳%
	کارشناس بهبود کیفیت بیمارستان	۴	۲۵%
	کارشناس معاونت درمان	۳	۱۹%
	کارشناس امور حقوقی	۲	۱۳%
	کارشناس سرمایه‌انسانی	۲	۱۳%
	کارشناس مدیریت بودجه و مدیریت مالی	۳	۱۹%

جدول شماره ۱: ویژگی‌های دموگرافیک و شغلی جمعیت نمونه

متغیر	وضعیت	تعداد	درصد %
سنوات خدمت	۱۵-۱۰ سال	۸	٪۵۰
	۲۰-۱۶ سال	۵	٪۳۱
	۲۵-۲۱ سال	۳	٪۱۹
تحصیلات	لیسانس	۵	٪۳۱
	فوق لیسانس	۹	٪۵۶
	دکترای حرفه ای	۲	٪۱۳

ادامه جدول شماره ۱: ویژگی های دموگرافیک و شغلی جمعیت نمونه

بعد از خلاصه سازی و تمبندی موارد مطرح شده از سوی شرکت کنندگان، هفت چالش اصلی برون سپاری ارائه خدمات سلامت به بخش خصوصی موضوع های اصلی (۴۶ زیرموضوع) بودند که انتخاب شدند. این چالش ها عبارت بودند از: الف) مسائل اقتصادی ب) مشکلات ساختاری پ) چالش های نیروی انسانی ت) مسئولیت و پاسخ گویی ث) چالش های برنامه ریزی ج) چالش های مربوط به کارایی ح) چالش های مربوط به شرکت های خصوصی (جدول شماره دو).

موضوعات	زیر موضوعات
مسائل اقتصادی	<ul style="list-style-type: none"> - مسئله های بیمه و تعرفه گذاری خدمات برای بخش خصوصی - مشخص نبودن قیمت تمام شده خدمات و مسائل مربوط به نرخ گذاری خدمات قابل برون سپاری - کمبود منابع (مالی و غیرمالی) - فقدان قابلیت پیش بینی نرخ تورم سالیانه خدمات سلامت به دلیل عدم ثبات اقتصادی
مشکلات ساختاری	<ul style="list-style-type: none"> - عدم نظارت کافی بر عملکرد بخش خصوصی به دلیل ناکارآمدی سیستم پایش و ارزشیابی عملکرد - تغییرات مکرر در سیاست گذاری ها و شرایط کاری سازمان - دشواری بازگشت به شرایط پیش از برون سپاری - سلیقه ای شدن برون سپاری ها به بخش خصوصی - مخالفت و اختلاف نظرهای درون و برون سازمانی - نبود یک سازمان مستقل تصمیم گیرنده و مسئول در زمینه برون سپاری ها - فقدان یا ناکافی بودن قوانین تنبیهی در صورت عدم اجرای تعهدات مورد توافق - تغییرهای مکرر سیاست گذاری در ستاد وزارت بهداشت - فراموش کردن هدف برون سپاری - عدم وجود الگوی مناسب برون سپاری متناسب با ساختار نظام سلامت کشور - عدم ارائه اختیار تصمیم گیری در مسائل سازمانی - عدم خودمختاری و استقلال عمل پس از برون سپاری

جدول شماره ۲: چالش های اصلی و موضوعات مرتبط با آنها

موضوعات	زیر موضوعات
چالش‌های نیروی انسانی	<ul style="list-style-type: none"> - کاهش احساس امنیت شغلی در کارکنان سازمان - بلا تکلیفی پرسنل پیمانکار پس از اتمام قرارداد و چالش‌های ناشی از آن - حذف آموزش‌های ضمن خدمت کارکنان قراردادی - در نظر نگرفتن سنوات خدمت کارکنان قراردادی جهت پاداش و مزایا - نهادینه نشدن فرهنگ برون‌سپاری بین مدیران و کارکنان سازمان - عدم تمایل مدیران و کارکنان به برون‌سپاری به دلیل ترس از دست دادن قدرت - عدم پرداخت حقوق و مزایای کارکنان یا کارگران برابر با قانون کار توسط پیمانکاران
مسئولیت و پاسخ‌گویی	<ul style="list-style-type: none"> - پیامدهای حقوقی برون‌سپاری و آثار ناشی از آن - مشکلات مربوط به ارزیابی و پاسخ‌گویی - عدم ثبت، نگهداری و گزارش مستندات برون‌سپاری - نگرانی از عدم رعایت حقوق بیماران، دانشجویان، کارکنان و ...
چالش‌های برنامه ریزی	<ul style="list-style-type: none"> - عدم تجربه و اطلاعات کافی و شتاب‌زدگی در اجرای طرح‌های برون‌سپاری - ابهام در اهداف و نحوه عملیاتی کردن برون‌سپاری‌ها - عدم وجود نگرش سیستمیک و جامع به برون‌سپاری‌ها - عدم توجه به شرایط بومی و نیازهای منطقه‌ای در برون‌سپاری‌ها - دخالت عوامل سیاسی بر تصمیم‌گیری‌ها - اطلاعات ناکافی مدیران و کارشناسان در خصوص نوع، تعداد یا حجم فعالیت‌های قابل برون‌سپاری - بروکراسی پیچیده و طولانی فرایند برون‌سپاری
کارایی	<ul style="list-style-type: none"> - افزایش هزینه‌های اولیه - نیاز به سازمان‌دهی یک تیم جهت نظارت بر هزینه‌ها - تحمیل هزینه‌های بیش از تعرفه مصوب به بیماران - تحمیل هزینه‌های ناشی از اجرای قانون کار و تأمین اجتماعی به‌ویژه ماده ۳۸ به علت عدم نظارت کافی - غیرانتفاعی بودن ماهیت خدمات نظام سلامت
شرکت‌های خصوصی	<ul style="list-style-type: none"> - عدم وجود بخش خصوصی توانمند و مشتاق - انگیزه پایین پیمانکاران به دلیل سودآوری اندک - بالابودن ریسک سرمایه‌گذاری برای بخش خصوصی - خلأ قوانین روشن در زمینه شرکت‌های خصوصی - ضعف در آئین‌نامه‌های انضباطی شرکت‌های خصوصی - مشکلات مربوط به قیمت‌گذاری داخلی - عدم رعایت اخلاق حرفه‌ای و حفظ و نگهداری تعهدات تفاهم‌شده

ادامه جدول شماره ۲: چالش‌های اصلی و موضوعات مرتبط با آنها

الف) مسائل اقتصادی:

موضوعات مطرح شده از طرف شرکت کنندگان در این زمینه عبارت بودند از: مسائل مربوط به بیمه و تعرفه گذاری خدمات برای بخش خصوصی، مشخص نبودن قیمت تمام شده خدمات و مسائل مربوط به نرخ گذاری خدمات قابل برون سپاری، کمبود منابع (مالی و غیرمالی)، فقدان قابلیت پیش بینی نرخ تورم سالیانه خدمات سلامت به دلیل عدم ثبات اقتصادی

برای نمونه، تعدادی از نظرات مصاحبه شونده‌گان عیناً آورده شده است:

«الان باید سیستم خرید مبتنی بر ارزش پیاده بشه بعدش واگذار کنن، یعنی باید قیمت هر خدمت رو اندازه گیری کنن بعد بر اساس اون قیمت خرید رو انجام بدن. اما الان خرید حدسی انجام میشه. از دوسه نفر پرسیدن نظرشونو راجع به قیمتا همونارو اعمال می کنن. باید خرید مبنای علمی داشته باشه، الانم که کلی روشای علمی برآورد قیمت خدمت وجود داره.»

«اینکه طرح تحول سلامت اجرا میشه و هزینه‌ها برای مردم قابل تحمل تر میشه خوبه، اما اینکه آیا این طرح دوام داره یا بودجه کافی برای برون سپاری‌ها وجود داره، موضوع جدی و نگران کننده‌ست. مثلاً اگه دولت عوض بشه یا حتی وزیر و افراد جدید طرح تحول رو حمایت نکنن چی میشه؟ این خیلی موضوع مهمیه که خیلیا نگرانن.»

ب) مشکلات ساختاری:

مشارکت کنندگان در این زمینه به موارد زیر اشاره کردند: عدم نظارت کافی بر عملکرد بخش خصوصی و نبود سیستم کارآمد پایش و ارزشیابی عملکرد، تغییر در شرایط کاری سازمان در طول زمان، دشواری بازگشت به شرایط پیش از برون سپاری، سلیقه‌ای شدن برون سپاری‌ها به بخش خصوصی، مخالفت و اختلاف نظرهای درون و برون سازمانی، نبود یک سازمان مستقل تصمیم گیرنده و مسئول در زمینه برون سپاری‌ها، فقدان یا ناکافی بودن قوانین تنبیهی در صورت عدم اجرای تعهدات مورد توافق، تغییرهای مکرر سیاست گذاری در ستاد وزارت بهداشت، فراموش کردن هدف برون سپاری، عدم وجود الگوی مناسب برون سپاری متناسب با ساختار نظام سلامت کشور، عدم ارائه اختیار تصمیم گیری در مسائل سازمانی، عدم خودمختاری و استقلال عمل پس از برون سپاری.

برخی از نظرهای مصاحبه شونده‌گان به شرح زیر بود:

«ما تو برون سپاری‌ها مون انقد نگران هزینه و کارمندی و مناقصه هستیم که یادمون میره هدف از برون سپاری بهبود کیفیت و کارایی و کاهش حجم دولت بوده. اگه این هدفارو در نظر بگیریم، کارمون خیلی بهتر پیش میره. ممکنه وقت و حوصله بیشتری بخواد، اما در نهایت نتیجه خوبی عایدمون

می‌شه. متأسفانه تو بحث برون‌سپاری‌هایی که الان انجام میشه به نظر می‌رسه هدف اصلی برون‌سپاری کاملاً فراموش شده.»

«یه سری قوانین برای عدم اجرای تعهدات تو دستورالعمل‌های برون‌سپاری نوشته شده، اما عملاً پایش‌ها جوری انجام میشه که شرکت‌ها بتونن حداقل امتیازو بگیرن و مشمول تنبیه نشن. این به نظرم اصلاً خوب نیست که پایش‌ها با اغماض انجام بشه تا کسی ناراحت نشه. اینجوری ممکنه کیفیت رو فدای مصالح کنیم.»

«یک اتفاقی که خیلی زیاد الان شاهدش هستیم این هست که طرح‌های جدیدی که توی سایر کشورها با موفقیت روبه‌رو میشه در سطح وزارتخونه ترجمه میشه و به سطوح پایین‌تر ابلاغ میشه بدون در نظر گرفتن شرایط بومی کشور، منابع و محدودیت‌هایی که ممکنه مانع موفقیت طرح در کشور ما بشه.»

«فرض کنید به دلیل کسر بودجه یا هر دلیل دیگری طرح برون‌سپاری‌ها با شکست مواجه بشه، در این شرایط حتی تصور بازگشت به شرایط قبل از برون‌سپاری هم مشکله. شما وقتی ساختار فعلی رو عوض کردی به سمت خصوصی‌سازی، دیگه نباید به شکست طرح فکر کنی.»

«وقتی که دستورالعمل شفاف‌ی برای برون‌سپاری خدمات در اولویت وجود نداره، مدیران ما سلیقه‌ای عمل می‌کنن و بدون مطالعه و بررسی اولیه خدماتی رو واگذار می‌کنن که شاید با نیروهای سازمان می‌تونست اداره بشه و فعالیت‌هایی رو که شرکت‌های خصوصی خیلی بهتر می‌تونن انجام بدن رو برای خودشون نگه می‌دارن.»

«ما برون‌سپاری رو انجام می‌دیم، اما عملاً خیلی از کارها رو خودمون انجام می‌دیم، مثلاً برای گرفتن نیرو، آگهی تو روزنامه، آزمون استخدامی، گزینش و بقیه کارای مربوط به استخدام نیروهای شرکتی رو خود دانشگاه انجام می‌ده، یعنی عملاً کارهایی رو که می‌تونیم به خود شرکت‌ها واگذار کنیم رو باز خودمون داریم انجام می‌دیم.»

«اگه مثل خیلی از کشورای دیگه یک واحد مستقل برای امور برون‌سپاری‌ها در نظر گرفته بشه، خیلی از مشکلات فعلی حل میشه. یک واحد مستقل که خودش متولی باشه و مسئولیت نظارت و پایش امور رو عهده‌دار بشه.»

پ) چالش‌های نیروی انسانی:

در این زمینه، موضوع‌های مطرح شده از سوی مصاحبه‌شوندگان عبارت بودند از: کاهش احساس امنیت شغلی در کارکنان سازمان، بلا تکلیفی پرسنل پیمانکار پس از اتمام قرارداد و چالش‌های ناشی از آن، حذف آموزش‌های ضمن خدمت کارکنان قراردادی، در نظر نگرفتن سنوات خدمت کارکنان قراردادی جهت پاداش و مزایا، نهادینه‌نشدن فرهنگ برون‌سپاری بین مدیران و کارکنان سازمان،

عدم تمایل مدیران و کارکنان به برون‌سپاری به دلیل ترس از دست دادن قدرت، عدم پرداخت حقوق و مزایای کارکنان یا کارگران برابر با قانون کار توسط پیمانکاران.

تعدادی از نظرات مصاحبه‌شوندگان در این زمینه به شرح زیر است:

«یک بحث خیلی جدید تو برون‌سپاری پایین بودن امنیت شغلی برای کارکن است. کارکنان قراردادی اگه با پیمانکارشون مشکل پیدا کنن، فارغ از عملکردشون ممکنه قراردادشون تمدید نشه. این اصلا به صلاح سیستم نیست. بعضی وقتا بعد اینکه دانشگاه کلی وقت و هزینه برای کارمندگیری گذاشته به خاطر شرایط بد کاری و بی‌توجهی پیمانکارا ما ریزش خیلی زیادی توی نیروهای شرکتی داشتیم که اینا برای دانشگاه همش هزینه‌ست. از طرفی، این نیروها قبل از شروع به کار آموزش می‌بینن که اینم برای دانشگاه هزینه‌بر و وقت‌گیره. بعد که قراردادشون تمدید نشه دوباره تمام این هزینه‌ها باید برای نیروهای جدید انجام بشه.»

«ما تو سیستم دولتی برای پرسنلمون آموزش ضمن خدمت داریم که اول نیازسنجی انجام می‌دیم ببینیم به چه آموزشایی احتیاج دارن. بعد بر اساس نیازسنجیامون دوره‌های آموزشی براشون برگزار می‌کنیم، چون نیروهامونو می‌دونیم معمولا بالای ۲۰ سال تو سیستم هستن، اما برای نیروهای شرکتی غیر از دوره‌ی توجهی بدو خدمت، دیگه آموزش ضمن خدمت نمی‌زارن. این خودش یکی از چیزاییه که خیلی رو پایین اومدن کیفیت کار تأثیر داره.»

«بعضی از مدیرای ما فکر می‌کنن اگه زیرمجموعه‌شون رو واگذار کنن، قدرت‌شون کم می‌شه یا کنترل واحدها از دستشون خارج میشه. این فکر کنم به خاطر اطلاعات ناکافی راجع به فلسفه برون‌سپاری هست. اگر آموزش کافی به مدیران داده بشه و بسترهای مناسب فرهنگی برای برون‌سپاری انجام بشه، قطعاً پروسه کار خیلی راحت‌تر میشه و خیلی از مشکلات اجرایی هم خودبه‌خود حل میشه.»

«برای منی که استخدام دولت هستم، حکم حقوقم به نسبت سنوات خدمتم فرق می‌کنه. یه سری چیزا مثه طبقه و گروه هست که با سنوات زیاد میشه و روی دریافتی من تأثیر میداره، اما این مزایا برای پرسنل قراردادی وجود نداره و این قضیه می‌تونه روی روحیه و انگیزش اونا خیلی تأثیر بزاره. کلا به خاطر عدم امنیت شغلی و نداشتن این مزایا مشکل انگیزش کارکنان شرکتی خیلی جدیه به نظر من.»

ت) مسئولیت و پاسخ‌گویی:

در این زمینه موارد زیر از طرف مصاحبه‌شوندگان مطرح شد: پیامدهای حقوقی برون‌سپاری و آثار ناشی از آن، مشکلات مربوط به ارزیابی و پاسخ‌گویی، عدم ثبت، نگهداری و گزارش مستندات برون‌سپاری، نگرانی از عدم رعایت حقوق بیماران، دانشجویان، کارکنان و ...

نظر یکی از مصاحبه‌شوندگان به شرح زیر بود:

«در صورت عدم نظارت کافی بر عملکرد کارکنان شرکتی، اولین چیزی که در معرض خطر جدی هست، ثبیتات و مستندات کارکنان هست. وقتی پرسنل از ماندگاری خودشون اطمینان نداشته باشن، روی ثبت دقیق اطلاعات و دقت در مستندات توجه زیادی نمی‌کنن. در واقع اگر شخصی بدونه که تا چن سال دیگه سرکارش هست، باید پاسخ‌گوی اقدامات و عملکرد فعلیش باشه، خیلی بیشتر در ثبیتات دقت می‌کنه.»

ث) چالش‌های برنامه‌ریزی:

در زمینه برنامه‌ریزی موارد زیر به‌عنوان چالش مطرح شد: عدم تجربه و اطلاعات کافی و شتاب‌زدگی در اجرای طرح‌های برون‌سپاری، ابهام در اهداف و نحوه عملیاتی کردن برون‌سپاری‌ها، عدم وجود نگرش سیستمیک و جامع به برون‌سپاری‌ها، عدم توجه به شرایط بومی و نیازهای منطقه‌ای در برون‌سپاری‌ها، دخالت عوامل سیاسی بر تصمیم‌گیری‌ها، اطلاعات ناکافی مدیران و کارشناسان در خصوص نوع، تعداد یا حجم فعالیت‌های قابل برون‌سپاری، بروکراسی پیچیده و طولانی فرایند برون‌سپاری.

چند مورد از نظرات شرکت‌کنندگان در این زمینه در زیر مطرح شده است:

«خیلی از مشکلاتی که حین اجرای طرح‌ها پیش میاد در صورتی که قبل از پیاده‌کردن اونها بررسی‌های لازم انجام بشه و اطلاعات کافی جمع‌آوری بشه و برنامه‌ریزی دقیق و علمی برای اجرای انجام بشه، قابل پیشگیری هستن. یکی از مشکلاتی که در حال حاضر به‌عنوان چالش برون‌سپاری‌ها مطرح هست، شتاب‌زده‌بودن اجرائش هست. من فکر می‌کنم می‌تونستیم از خیلی از مشکلات ایجادشده جلوگیری کنیم، اگر قبل از اجرا بررسی‌های لازم و کافی رو انجام می‌دادیم.»

«در شرایط حاضر چندگانگی تصمیم‌گیرندگان و تأمین‌کنندگان مالی سلامت موجب گردیده است تا وزارت بهداشت از جایگاه و اراده سیاسی لازم برای اعمال اصلاحات و تغییرهای جدی در مدیریت و ارائه بهتر خدمات سلامت جامعه برخوردار نباشد، اگرچه ضعف علمی و عملی ساختار وزارتی در از دست رفتن جایگاه اصلی سیاست‌گذاری و مدیریت خدمات سلامت برای این وزارتخانه بی‌تأثیر نبوده، لیکن هم‌افزایی این دو پدیده موجب عدم دستیابی به اهداف متعالی این بخش گردیده است.»

ج) کارایی:

زیرموضوعاتی که از طرف مصاحبه‌شوندگان در زمینه کارایی مطرح شد عبارت بودند از: افزایش هزینه‌های اولیه، نیاز به سازمان‌دهی یک تیم جهت نظارت بر هزینه‌ها، تحمیل هزینه‌های بیش از تعرفه مصوب به بیماران، تحمیل هزینه‌های ناشی از اجرای قانون کار و تأمین اجتماعی به‌ویژه ماده ۳۸ به‌علت عدم نظارت کافی، غیرانتفاعی بودن ماهیت خدمات نظام سلامت.

چند مورد از نظرات مصاحبه‌شوندگان به شرح زیر است:

«شما برون‌سپاری‌ها رو انجام می‌دین و تنها دغدغه‌تون گرفتن نیرو براشون و شروع به کارشونه، اما بعد از اینکه کارشونو شروع کردن به کیفیت کارشون، اینکه اصلا شرایط بهتر از قبل از برون‌سپاری‌هاست یا نه یا کارایی بهتر شده توجهی نمی‌کنین. این همه هزینه برای برون‌سپاری باید حتما بررسی بشه که آیا خدمت‌رسانی و تبعاتش بهتر از قبل شده یا نه؟»

«چن سال پیش یادمه که مراکز بهداشتی رو واگذار می‌کردن به پزشکا که سود و ضررشونم با خودشون باشه، اما غیر از چن تا مرکز که واگذار شدن و خیلیم زود قرارداداشونو لغو کردن و منصرف شدن کس دیگه‌ای حاضر نشد مدیریت این مراکزو قبول کنه. فکر کنم دلیل اصلیشم این بود که غیر از دردسر هیچ سودی برای پزشکا نداشت. در واقع شرکتای خصوصی ترجیح میدن با سازمانایی قرارداد ببندن که درآمدزا هستن. سازمانای بهداشتی و درمانی ماهیتا درآمدزا نیستن و بیشتر از سود باید به فکر کیفیت ارائه خدمات باشی. برای همین برون‌سپاری هم در این حوزه سخت‌تر هست.»

ح) شرکت‌های خصوصی:

موضوع‌های مطرح‌شده از سوی مصاحبه‌شوندگان به شرح زیر بود: عدم وجود بخش خصوصی توانمند و مشتاق، انگیزه پایین پیمانکاران به دلیل سودآوری اندک، بالا بودن ریسک سرمایه‌گذاری برای بخش خصوصی، خلأ قوانین روشن در زمینه شرکت‌های خصوصی، ضعف در آئین‌نامه‌های انضباطی شرکت‌های خصوصی، مشکلات مربوط به قیمت‌گذاری داخلی، عدم رعایت اخلاق حرفه‌ای و حفظ و نگهداری تعهدات تفاهم‌شده.

برخی از نظرهای شرکت‌کنندگان در این زمینه عبارت بود از:

«تا جایی که من می‌دونم برای انتخاب شرکت خصوصی مناقصه انجام میشه، اما آیا ما شرکت توانمند داریم؟ یعنی انقد رقابت تو بازار هست که بتونیم شرکتایی رو که عملکرد خوب ندارن و ازشون راضی نیستیم. تا جایی که من اطلاع دارم شرکتای قوی برای برون‌سپاری خدمات سلامت زیاد نیستن. اگر ما روی کیفیت بیشتر تأکید کنیم، می‌تونه رو رقابتی شدن مناقصه‌هامون تأثیر بذاره و اینجوری برون‌سپاری‌مون علمی‌تر میشه.»

بحث

در زمینه برون‌سپاری خدمات سلامت به بخش خصوصی در قالب مدل‌های مختلف مشارکتی و تأثیر آن بر شاخص‌های کمی، کیفی و بالینی، تحقیقات زیادی در کشورهای مختلف انجام شده است که در ادامه برای تسهیل مقایسه یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های قبلی به تعدادی از آنها به صورت خلاصه اشاره شده است.

یکی از مهم‌ترین چالش‌های مطرح‌شده در این مطالعه از سوی صاحب‌نظران، مسائل ساختاری و اقتصادی ناشی از برون‌سپاری‌ها است. مقبل در مقاله خود با عنوان «اهداف، فواید و مشکلات خصوصی‌سازی در صنایع دولتی» مشکلات خصوصی‌سازی را در شش دسته قرار می‌دهد: مشکلات اجرایی، مشکلات سیاسی، مشکلات اداری، مشکلات سازمانی، مشکلات اجتماعی و مشکلات ناشی از تأثیرات اقتصادی. برخی از چالش‌های ذکرشده در زمینه خصوصی‌سازی با نتایج حاصل از مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (مقبل، ۵۶: ۱۳۷۲).

عرب و همکاران در مطالعه خود به بررسی معیارهای مهم در جلب مشارکت بخش خصوصی در احداث و تجهیز بیمارستان‌ها پرداختند و به این نتیجه رسیدند که عامل‌هایی همچون روشنی هدف‌ها و مسئولیت‌های طرفین، اشتراک و تخصیص ریسک منصفانه بین طرفین، وجود مکانیزم‌های روشن نظارت و حل اختلاف طرفین، انگیزش بخش خصوصی، پشتیبانی سیاسی از سرمایه‌گذاری بخش خصوصی و غیره می‌توانند در موفقیت فرایند برون‌سپاری تأثیرگذار باشند که با برخی از یافته‌های این مطالعه همچون ریسک بالای سرمایه‌گذاری برای بخش خصوصی، ابهام در اهداف و نحوه عملیاتی کردن واگذاری‌ها، عدم نظارت کافی بر عملکرد بخش خصوصی و نبود سیستم کارآمد پایش و ارزشیابی عملکرد، عدم وجود بخش خصوصی توانمند و مشتاق، مشکلات مربوط به ارزیابی و پاسخ‌گویی و غیره هم‌خوانی دارد (عرب و همکاران، ۱۱۱: ۱۳۹۵).

یافته‌های حاصل از مرور سیستماتیک زارعی و همکاران که در آن نتایج حاصل از ۲۳ مطالعه در زمینه چالش‌ها و مشکلات مشارکت بخش خصوصی و دولتی در ارائه خدمات سلامت بررسی شده است، نشان می‌دهد عامل‌هایی همچون پیچیدگی معاهدات و عدم شفافیت آنها، نظارت و ارزیابی ضعیف بر پروژه‌های برون‌سپاری، عدم وجود شفافیت در تصمیم‌گیری‌ها، عدم هماهنگی صحیح طرفین قرارداد، توجه ناکافی به منافع عمومی مردم، نداشتن انعطاف‌پذیری، تجربه ناکافی و عدم دسترسی کامل به اطلاعات، منابع ناکافی، نبود دیدگاه جامع در ارزیابی خطر و تسهیم ریسک، توجه ناکافی به ذی‌نفعان، محدودیت در انتخاب شرکای بخش خصوصی و عدم توجه به کارکنان از مهم‌ترین چالش‌های مشارکت با بخش خصوصی است که با یافته‌های حاصل از این مطالعه در زمینه تحمیل هزینه‌های بیش از تعرفه مصوب به بیماران، بروکراسی پیچیده و طولانی فرایند برون‌سپاری، نگرانی از عدم رعایت حقوق بیماران، دانشجویان، کارکنان، کاهش احساس امنیت شغلی در کارکنان سازمان، عدم برخورداری از منابع کافی و مورد نیاز و غیره هم‌خوانی دارد (زارعی و همکاران، ۳۸۶: ۱۳۹۷).

مصاحبه‌شوندگان در این مطالعه به نیروی انسانی و کاهش احساس امنیت شغلی در کارکنان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های برون‌سپاری خدمات به بخش خصوصی اشاره کردند. یافته‌های سحرخیز و همکاران نشان می‌دهد که بالاترین امتیاز در زمینه موانع خصوصی‌سازی پرستاران مربوط به نگرانی پرستاران درباره امنیت شغلی، فقدان مجموعه قوانین جامع برای توسعه بخش خصوصی در پرستاری و تبعیض قابل

توجه بین پرسنل شرکتی با دیگران است. همچنین ضعف برنامه‌ریزی، ضعف کنترل و نظارت و ضعف اجرا، به‌عنوان بخش دیگری از موانع خصوصی‌سازی در پرستاری شناخته شدند که با برخی از چالش‌های مطرح‌شده از سوی مصاحبه‌شوندگان در این مطالعه هم‌خوانی دارد (سحرخیز و انوشه، ۲۵: ۱۳۹۴).

در این مطالعه شتاب‌زدگی در اجرای پروژه‌های برون‌سپاری، هرچند در سطح خرد، یکی از چالش‌های برنامه‌های برون‌سپاری خدمات به بخش خصوصی بیان شده است. تقوی در تحقیق خود اشاره می‌کند که در انگلستان روند ۱۴ مورد برون‌سپاری واحدهای دولتی به بخش خصوصی ۸ سال به طول انجامید. در سال‌های اولیه، حرکت بسیار آرام بود. در مالزی بین تصمیم دولت در یک مورد خصوصی‌سازی و تکمیل عملی برون‌سپاری ۳ سال فاصله افتاد. در ترکیه برنامه‌ریزی برای خصوصی‌کردن یک مجتمع بزرگ پتروشیمی بیش از یک سال به طول انجامید. این تجربه‌ها نشان می‌دهد که انتظار اجرای برنامه‌های خصوصی‌سازی در زمانی کوتاه واقع‌گرایانه نیست (تقوی، ۳۵: ۱۳۷۳).

نتیجه‌گیری

در این مطالعه سعی پژوهشگران استخراج چالش‌ها و مانع‌های موجود در اجرای مؤثر طرح‌های برون‌سپاری خدمات به بخش خصوصی در حوزه سلامت بود. همان‌طور که پیش‌تر نیز ذکر شد، مسائل اقتصادی، ساختاری، نیروی انسانی، مسئولیت و پاسخ‌گویی، برنامه‌ریزی، کارایی و شرکت‌های خصوصی مهم‌ترین چالش‌های طرح‌های برون‌سپاری ارائه خدمات سلامت انتخاب شدند. برون‌سپاری در حوزه بهداشت و درمان به‌دلیل ماهیت ویژه‌ای که این خدمات دارند متفاوت‌تر از سایر بخش‌ها است و در نظر گرفتن صرف سود و زیان مالی برون‌سپاری می‌تواند آسیب‌های جبران‌ناپذیری به سلامت جامعه وارد آورد. اجرای موفق طرح‌های برون‌سپاری و مشارکت بخش خصوصی و دولتی در ارائه خدمات سلامت در وهله نخست نیازمند ساختار دولتی توانمند و قوی است. نظام اداری دولتی ضعیف غالباً فاقد توانمندی‌ها و مهارت‌های کافی جهت خرید مؤثر خدمات از بخش خصوصی یا مشارکت در ارائه خدمات با این بخش‌ها است. توجه به چالش‌های موجود در فرایند برون‌سپاری خدمات به بخش خصوصی و برنامه‌ریزی برای مرتفع نمودن آنها می‌تواند گامی مؤثر در اثربخشی بیشتر پروژه‌های برون‌سپاری باشد. نکته قابل توجه در این بین، در نظر گرفتن شرایط اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی و وضعیت نظام ارائه خدمات سلامت در کشور است. الگوبرداری صرف از پروژه‌های خصوصی‌سازی در سایر کشورها بدون توجه به شرایط بومی کشور می‌تواند به شکست این طرح‌ها منجر شود. با توجه به مطالب مطرح‌شده، به نظر می‌رسد چالش‌های شناسایی‌شده به‌مثابه مانع‌های اجرای مطلوب طرح مشارکت با بخش خصوصی در حوزه سلامت، بعضاً جزو لاینفک این چنین طرح‌هایی است که می‌توان قبل از پیاده‌سازی طرح و در هنگام برنامه‌ریزی با انجام مطالعه‌ها و بررسی پیشینه طرح با نگاه ویژه به آنها از مشکلات بعدی در زمان اجرا جلوگیری کرد.

- تقوی، م، (۱۳۷۳). خصوصی سازی در برنامه اول توسعه اقتصادی جمهوری اسلامی ایران. فصلنامه علمی-پژوهشی تحقیقات مالی، (۴)۱، ۳۵-۷۱.
- دیوان محاسبات کشور، (۱۳۸۴). قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت. قابل دسترس در: <http://www.dmk.ir/Dorsapax/userfiles/file/05.pdf>
- زارعی، ا، مقدس فر، ت، عیدخانی، و، (۱۳۹۷). چالش ها و مشکلات پروژه های مشارکت بخش خصوصی و دولتی در نظام سلامت: یک مطالعه مروری. مجله سلامت اجتماعی، (۴)۵، ۴۰۲-۳۸۶.
- سحرخیز، ح، انوشه، م، (۱۳۹۴). بررسی موانع خصوصی سازی در پرستاری. فصلنامه علمی پژوهشی مدیریت پرستاری، (۴)۳، ۲۵-۳۷.
- صادقی، م، شمشیری، ص، (۱۳۹۰). نقد قانون سیاست های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی ایران (قانون خصوصی سازی) از منظر رابطه مالکیت فکری و حقوق رقابت. فصلنامه پژوهش حقوق عمومی، (۳۳)۱۳، ۱۳۸-۱۶۸.
- عرب، ع، منیرعباسی، آ، دستیار، ب، (۱۳۹۵). بررسی معیارهای مهم در جلب مشارکت بخش خصوصی در احداث، تجهیز و بهره برداری از بیمارستان ها با استفاده از مدل مشارکت بخش خصوصی و دولتی. فصلنامه بیمارستان، (۲)۱۵، ۱۱۱-۱۲۲.
- فرح بخش، م، تبریزی، ج، نیک نیاز، ع، ذاکری، ا، (۱۳۹۲). مقایسه عملکرد مراکز بهداشتی درمانی تعاونی و دولتی. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، (۲)۱۴، ۱۱۷-۱۲۱.
- کریمی، س، یعقوبی، م، آقارحیمی، ز، حیاتی آباریک، ه، محمدی بخش، ر، (۱۳۹۰). دیدگاه مدیران درباره موانع معایب و مزایای واگذاری در مراکز ارائه خدمات سلامت اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت، (۵)۸، ۷۱۷-۷۲۵.
- مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی، (۱۳۸۴). قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، قابل دسترس در: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/94202>
- مسعودی اصل، ا، ملکی، م، ایمانی، ا، (۱۳۸۸). مقایسه شاخص های بهداشتی پایگاه های بهداشتی دولتی و واگذار شده به بخش خصوصی مرکز بهداشت جنوب تهران در سال ۱۳۸۸. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، (۶)۱۳، ۱۰۱-۱۰۸.
- مقبل، ع، (۱۳۷۲). هدف ها، فواید و مشکلات خصوصی سازی صنایع دولتی. فصلنامه دانش مدیریت، (۱)۲۱، ۵۶-۶۱.
- نصرتی، م، صادقی، ح، عبدلی، ق، عاقلی کهنه شهری، ل، (۱۳۹۲). استفاده از مدل های سرمایه گذاری مشارکت دولتی- خصوصی در سلامت: برآورد میزان آمادگی بخش بیمارستانی ایران. مجله دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی کرمان، (۱)۲، ۱۲۸-۱۳۷.
- نیک نیاز، ع، فرح بخش، م، تبریزی، ج، اشجعی، ک، عبدلهی، ح، ذاکری، ا، صادقی، ه، (۱۳۸۶). مقایسه الگوی مدیریت و رضایت شغلی در تعاونی های بهداشتی درمانی و مراکز بهداشتی درمانی دولتی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، (۲)۲۹، ۱۳۹-۱۴۶.
- Aksan H, Ergin I, & Ocek Z. (2010). The change in capacity and service delivery at public and private hospitals in Turkey: a closer look at regional differences. BMC health services research, 10(1),1.
- Barr D.A. (2007). A Research Protocol To Evaluate The Effectiveness Of Public-Private Partnerships As A Means To Improve Health And Welfare Systems Worldwide. American Journal of Public Health, 97(1), 19-25.
- Beisheim M, Von Weizsacker E, Young O, & Finger M. (2012). Limits to privatization: How to avoid too much of a good thing: A report to the Club of Rome: Earthscan.

- Buse, K. and A. Waxman, Public-Private Health Partnerships: A Strategy for WHO. Bulletin of the World Health Organization, 2001. 79(8):748-754.
- Doeksen, G. A, Johnson, T, Biard-Holmes, D, & Schott, V. (1998). A healthy health sector is crucial for community economic development. The Journal of Rural Health, 14(1), 66-72.
- Hodge G. (2006). Privatization and market development: Global movements in public policy ideas. Australia: Edward Elgar Publishing.
- Khushbu T. (2014). Public Private Partnership in the Health Sector: Boon or Bane Procedia - Social and Behavioral Sciences, 157, 307-316.
- Mansour AME. (2008). The Impact of Privatization on United Arab Emirates Federal Public Sector. International Public Management Review, 9(2), 66-89.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Dedicated public-private partnership units: A survey of institutional and governance structures. (2010). from <http://www.oecd.org/gov/budgeting/dedicatedpublicprivatepartnershipunitsasurveyofinstitutionalandgovernancestructures.htm>
- Vatankhah S, Barati O, maleki M, Tofighi Sh, & Rafii S. (2012). Driving to Contract Management in Health Care Institutes of Developing Countries. Iran Red Crescent Med J, 14(4), 235-239.
- Walt, G, & Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health policy and planning, 9(4), 353-370.

